



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2020-2021



A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical

Nom du club : N° d'affiliation du club :

IDENTITE

NOM : Daudé
PRÉNOM : Ludovic
Sexe : M / F
Nationalité : Française
Né(e) le 13/10/77 Ville de naissance : Noyon
Adresse (1): 218 Avenue de denain 59300 Valenciennes
CP : 59300 ville : Valenciennes
Pays de résidence : FRANCE Email (1): dau.deludovic@orange.fr
Téléphones : fixe mobile 0610452396

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles...

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :
Dirigeant [] Joueur Libre [] Joueur Futsal [] Joueur Entreprise [] Joueur Loisir [X]

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : 19-20 Nom du club : FENAÏN (FES)
Fédération étrangère le cas échéant :

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso ou ici https://fff.fr/e/ass/6800.pdf, par ma Ligue régionale et mon club :
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :
[] Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
OU BIEN [X] Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF [X]
Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF [X]

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case [X]

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : https://lfhf.fff.fr/wp-content/uploads/sites/15/bsk-pdf-manager/fb1b44a8c4f28a3b7397de47eb2db107.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :
[X] Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
[] Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.
Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr Tison Ségolène
Pour les joueurs :
- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).
Pour les dirigeants :
- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.
(1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,
Date de l'examen : 21/07/2020(1)
Bénéficiaire (nom, prénom) : DAUOE Ludovic
Signature et cachet (1)(3) : DR SEGOLENE TISON MEDECINE GENERALE REMPLAÇANT

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.
Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom :
Signature

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur : M Daudé Ludovic

Signature

Représentant du CLUB

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom :
Le / Signature :

Les données personnelles recueillies, propriété de la FFF, font l'objet d'un traitement informatique par la FFF aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues et à la FFF et peuvent également être transmises à l'ARJEL dans le cadre du contrôle du respect des interactions de paris sportifs. Pour les dirigeants et encadrants bénévoles elles font également l'objet d'une vérification automatisée de l'honorabilité par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations compétente sous l'égide du Ministère des Sports via la plateforme dédiée du FIAISV (fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes) et la délivrance du bulletin n°2 du casier judiciaire (art. L212-9 et L322-1 du code du sport). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qu'il le concernant. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FFF via la rubrique dédiée « Protection des données personnelles » sur les sites de la FFF, des Ligues et des Districts ou par courrier postal à l'adresse suivante : FFF, Délégué à la Protection des Données (DPO), 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15.



**CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2020/2021
JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E)**

(Pour demandes de licences dématérialisées uniquement)

Date de l'examen : 21 / 07 / 2020⁽¹⁾

Je soussigné, Dr Tison Ségolène.....⁽¹⁾ certifie que le
bénéficiaire, identifié ci-dessous,

POUR LES JOUEURS(SES) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition,
- Est également apte à la pratique dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure⁽²⁾.

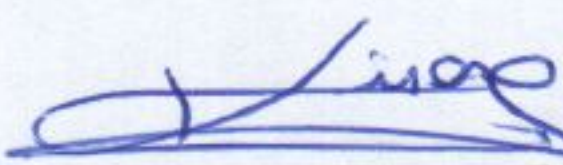
POUR LES DIRIGEANTS(ES) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) : DAUDE Ludovic.....⁽¹⁾

Signature et cachet^{(1) (3)}

Docteur Giselda De Rugerlis
188 Avenue de Denain
59300 Valenciennes
03 27 26 60 69 ou 06 11 63 60 72
RPPS : 10002294790


DR SEGOLENE TISON
MEDECINE GENERALE
REPLAÇANT

RPPS N° 10102048864

⁽¹⁾ Obligatoire

⁽²⁾ Rayer en cas de non aptitude

⁽³⁾ Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)